

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**“MANIFESTACIONES EN EL PLANO PSICOLÓGICO QUE PRESENTAN LOS
NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 12 AÑOS CON VIH SIDA”**



ROSA NELLY PORTILLO TOBAR

BRENDA ELIZABETH PÉREZ AJANEL

GUATEMALA, JULIO DE 2009

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**“MANIFESTACIONES EN EL PLANO PSICOLÓGICO QUE PRESENTAN LOS
NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 12 AÑOS CON VIH SIDA”**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

ROSA NELLY PORTILLO TOBAR
BRÉNDIA ELIZABETH PÉREZ AJANEL

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGAS
EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADAS

GUATEMALA, JULIO DE 2009

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

Doctor René Vladimir López Ramírez
Licenciado Luís Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Ninette Archila Ruano de Morales
Jairo Josué Vallecios Palma
**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

C.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 035-2009
CODIPs. 954-2009

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

26 de junio de 2009

Estudiantes

Rosa Nelly Portillo Tobar
Brenda Elizabeth Pérez Ajanel
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto TRIGÉSIMO OCTAVO (38°) del Acta CATORCE GUIÓN DOS MIL NUEVE (14-2009), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 18 de junio de 2009, que copiado literalmente dice:

"TRIGÉSIMO OCTAVO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **"MANIFESTACIONES EN EL PLANO PSICOLÓGICO QUE PRESENTAN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 12 AÑOS CON VIH SIDA"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

ROSA NELLY PORTILLO TOBAR
BRENDA ELIZABETH PÉREZ AJANEL

CARNÉ No. 9211144
CARNÉ No. 200119496

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Flor de María Palencia, y revisado por el Licenciado Iván Rocaél Monzón. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



Melveth S.



CIEPs.: 035-09

REG.: 015-09

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpnc@usac.edu.gt

INFORME FINAL

Guatemala, 28 de mayo del 2009.

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Iván Rocaél Monzón, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**"MANIFESTACIONES EN EL PLANO PSICOLÓGICO QUE
PRESENTAN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 12 AÑOS CON VIH
SIDA".**

ESTUDIANTE:
Rosa Nelly Portillo Tobar
Brenda Elizabeth Pérez Ajanel

CARNÉ No.:
92-11144
2001-19496

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Mayra Luna de Álvarez
COORDINADORA

Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.-
"Mayra Gutiérrez"



/Sandra G.
CC. archivo



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs. 036-09

REG. 015-09

Guatemala, 28 de mayo del 2009.

Licenciada Mayra Frine Luna de Álvarez, Coordinadora.
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

**"MANIFESTACIONES EN EL PLANO PSICOLÓGICO QUE
PRESENTAN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 12 AÑOS CON VIH
SIDA".**

ESTUDIANTE:
Rosa Nelly Portillo Tobar
Brenda Elizabeth Pérez Ajanel

CARNÉ No.:
92-11144
2001-19496

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Iván Rocaél Montón
DOCENTE REVISOR



/Sandra G.
c.c. Archivo

Guatemala, 04 de febrero de 2009

Licenciada

Mayra Luna de Álvarez

Coordinadora del Centro de Investigaciones en Psicología CIEPS

Centro Universitario Metropolitano CUM

USAC

Estimada Licda. Luna

Por este medio me dirijo a usted, para hacer de su conocimiento que he asesorado el Informe Final de Tesis titulado "MANIFESTACIONES EN EL PLANO PSICOLOGICO QUE PRESENTAN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 12 AÑOS CON VIH SIDA" de la carrera de Licenciatura en Psicología, presentado por las estudiantes:

Rosa Nelly Portillo Tobar

Carnè 92-11144

Brenda Elizabeth Pérez Ajanel

Carnè 2001-19496

El trabajo llena los requisitos metodológicos exigidos por esta unidad académica.

Atentamente.



Licda. Flor de María Palencia
Colegiada No. 6814

Licda:
Flor de María Palencia
Colegiado # 6814

CC: estudiantes
/BEP



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

REG. 086-08
CIEPs. 148-08

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala 23 de Octubre del 2008.

ESTUDIANTE:

Rosa Nelly Portillo Tobar

Brenda Elizabeth Pérez Ajanel

CARNÉ No.:

92-11144

2001-19496


Informamos a ustedes que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera de Licenciatura en Psicología, titulado:

“MANIFESTACIONES EN EL PLANO PSICOLÓGICO QUE PRESENTAN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 12 AÑOS CON VIH SIDA”

ASESORADO POR: Licenciada Flor de María Palencia

Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs., ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigaciones y se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Iván Monzón
DOCENTE REVISOR




Vo.Bo. Licenciado José Alfredo Enríquez Cabrera. Coordinador a.i.
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPs.- “Mayra Gutiérrez”

/Sandra G.
CC. Archivo

ASOCIACION HOSPICIO DE SAN JOSE

JOSPICE INTERNATIONAL
SIRVIENDO AL ENFERMO A TRAVES DEL MUNDO

FUNDADOR (+)
Rev. FRANCIS O'LEARY, M.H.M.A



Guatemala, 15 de diciembre de 2008

Licenciada

Mayra Luna de Álvarez

Centro de Investigación en Psicología "Mayra Gutiérrez" –CIEPS-

Centro Universitario Metropolitano CUM

Universidad de San Carlos de Guatemala

Estimada Licda. de Álvarez:

Por este medio me dirijo a usted, para informarle que las estudiantes:

Rosa Nelly Portillo Tobar

Carné 92-11144

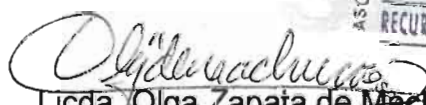
Brenda Elizabeth Pérez Ajanel


Carné 2001-19496

Realizaron actividades en Hospicio de San José, con l@s niñ@s y las Asistentes de Cuidado Infantil para validar su Proyecto de Investigación "MANIFESTACIONES EN EL PLANO PSICOLOGICO QUE PRESENTAN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 8 A 12 AÑOS CON VIH SIDA", correspondiente a la Carrera de Licenciatura en Psicología, el cual se llevo a cabo durante los meses de Noviembre a diciembre 2008.

Sin Otro Particular y agradeciendo su atención a la presente, me suscribo de usted.

Atentamente,


Licda. Olga Zapata de Machuca
Coordinadora de Psicología/RRHH



PADRINOS DE GRADUACIÓN

Lic. Oscar Noé López Cordon
Contador Público y Auditor
Colegiado CPA-381

Licda. Karla Patricia Hernández Castillo
Psicóloga
Colegiada 1346

Lic. Iván Rócael Monzón Muñoz
Psicólogo
Colegiado 6641

DEDICATORIA
(ROSA NELLY PORTILLO TOBAR)

A DIOS:

Negar todo lo que ha hecho con mi vida seria un gran error, todo lo que e podido llegar a hacer es por su divina misericordia y paciencia conmigo.

A MI MAMÁ: GLORIA EVANELY VDA. DE PORTILLO

Gracias por estar siempre allí cuando te he necesitado, gracias por haber tenido gran valentía para sacarnos adelante a mi hermano y a mí en esos momentos difíciles de tu vida y que mi graduación sea una pequeña recompensa por todo lo que me has dado. Estoy orgullosa de ser tu hija.

A MI PAPÁ: JORGE RODERICO PORTILLO CRUZ.

Gracias por haber sido el mejor padre en el tiempo que Dios te permitió estar entre nosotros.

A MI ESPOSO: OSCAR NOE LOPEZ CORDON.

Siempre ha tenido una gran capacidad para entusiasmarse con mis proyectos. No solo me respalda, sino que enriquece mis ideas con su increíble talento. Eres una bendición de Dios. Te amo.

A JAZMÍN DE MARÍA, OSCAR RODRIGO Y CHRISTIAN MAURICIO:

Mis tres grandes tesoros que Dios me regaló, gracias por su paciencia, comprensión y amor en el transcurso de mi carrera, y que esto sea un ejemplo para ellos, para que todo lo se propongan en su vida lo puedan alcanzar. Los Amo.

A MIS HERMANOS:

Jorge Alfonso Portillo Tobar, que a muy temprana edad paso a formar parte del coro celestial de Ángeles del Señor Jesús.

Jorge Mario Portillo Tobar, en Ti compensó Nuestro Señor Jesús, la partida de nuestro primer hermano, gracias por estar siempre presente en todos los momentos de mi vida.

A MI COMPAÑERA DE TESIS, BRENDA PEREZ:

Gracias amiga por esos buenos momentos que pasamos juntas, en la realización de nuestro informe. Mi cariño y aprecio para ti.

DEDICATORIA
(Brenda Elizabeth Pérez Ajanel)

- A DIOS: Porque solo tú eres Dios, tú eres grande y haces maravillas. Gracias por darme la vida, ser mi fortaleza y fuente de mi sabiduría.
- A mi padre: Por su esfuerzo y lucha en darme educación la mejor herencia en mi vida, este logro es parte de mi agradecimiento y hacer realidad uno de tus sueños, gracias por tu cariño y apoyo.
- A mi madre: Por ser una mujer virtuosa y luchadora, ejemplo para mi vida, gracias por creer, apoyarme, comprenderme y darme tanto amor. Eres única.
- A mis herman@s: Bayron, Patty, Erika, Raúl y Rudy por su cariño y apoyo en cada momento, sepan que solo una cosa vuelve un sueño imposible y es el miedo a fracasar. Espero que este triunfo sea de ejemplo para sus vidas.
- A Mauricio Barrios: Por darme el amor incondicional y enseñarme que cada momento alegre y difícil nos ayuda a fortalecer nuestro amor, gracias por formar parte de mi vida, eres especial. Te amo.
- A mi compañera de tesis: Rosa Nelly Portillo, gracias en especial por ser una gran amiga y que sin tu apoyo y paciencia durante todo el proceso este éxito no hubiera sido realidad.
- A mis Amig@s: Por su amistad sincera, por compartir varios momentos en el transcurso de mi vida, son personas a quienes quiero mucho y recuerden que la valentía no es la ausencia del miedo, sino la capacidad de seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA: Por ser la casa de formación profesional de diversas carreras.

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS: Por ser la fuente de mi desarrollo y preparación académica.

HOSPICIO SAN JOSE: Por abrírnos sus puertas y poder realizar con éxito nuestro proyecto de investigación.

LIC. IVAN MONZON: Por su apoyo, paciencia y orientación en el desarrollo de nuestra investigación.

INDICE

Contenido	Páginas
Prólogo	
CAPITULO I	
Marco Teórico	
1. El Sida	03
1.2 Formas de Transmisión	04
1.3 Maneras de cómo no se transmite el VIH SIDA	05
1.4 El VIH SIDA en Guatemala	05
1.5 Grupos Vulnerables	07
2. Alteraciones Emocionales de personas con VIH SIDA	08
3. Manifestaciones Psicológicas en niños y niñas con VIH SIDA	09
3.1 El niño y niña y el VIH SIDA	10
3.2 Niños y niñas huérfanos con VIH SIDA	11
3.3 Problemas emocionales de los niños y niñas con VIH SIDA	12
3.3.1 Depresión	13
3.3.2 Miedo	17
3.3.3 Angustia	19
CAPITULO II	
Técnicas e Instrumentos	
Diseño de la prueba y selección de la muestra	
Instrumentos de recolección de datos	23
Técnicas y Procedimientos de Trabajo	24
CAPITULO III	
Presentación y Análisis de Resultados	25
CAPITULO IV	
Conclusiones	39
Recomendaciones	40
Bibliografías	41
Anexo	43
Resumen	44

PROLOGO

La importancia de la presente investigación se basa en el creciente índice del VIH SIDA en el país, por ello, es relevante estudiar el impacto físico del VIH SIDA, pero es prioritario profundizar en el estudio y análisis del impacto psicológico que causa dicha enfermedad en los niños y niñas de 8 a 12 años para contribuir a que tengan una mejor calidad de vida. La investigación es de tipo descriptiva, realizando la observación y entrevistas para obtención de información en el Hospicio San José.

Dicha enfermedad ha aumentado considerablemente desde el primer caso de SIDA detectado en Guatemala en junio de 1984. En un hombre de 28 años de edad, Guatemalteco proveniente de los Estados Unidos. En Abril de 1988, se reportan los dos primeros casos en personas residentes en Guatemala. Según el programa de Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA), al indicar que por lo menos 73 mil guatemaltecos ya están contagiados, aunque los registros oficiales solo reportan 16,895 casos.

Guatemala se ubica como el país con menor Índice de Desarrollo Humano en Centroamérica, lo cual demuestra que la nación tiene problemas importantes en materia de salud y educación, por lo que el gobierno tiene un compromiso con la población y con la Organización Mundial de la Salud, en luchar para combatir esta y otras enfermedades y mantiene en estado de alarma a las autoridades de salud, que ven cómo muere una persona a diario, víctima de la pandemia.

Parece evidente que el impacto de la infección por VIH se manifiesta en diferentes aspectos de la vida de los afectados, de forma destacada en los niveles de depresión, angustia y miedo. Asimismo, el deterioro físico asociado al desarrollo del SIDA influye negativamente en el estado de ánimo. De hecho, que las limitaciones físicas propias de estadios avanzados de la enfermedad correlacionan con elevados niveles de depresión, y una pobre calidad de vida.

Es importante considerar, que la población es normalmente vulnerable, y lo es más con el VIH SIDA, debido a que tienen cada vez menos recursos para curarse.

Esta investigación pretende resaltar el efecto provocado por esta enfermedad, que sufren los niños y niñas infectados y la inclinación por el estudio de los huérfanos derivados de ella. Muchos de ellos, que aparentemente vivían una vida normal, iban a la escuela, tenían una familia que les cuida y protege, descubren poco a poco que lo están perdiendo todo por causa del SIDA.

Sin embargo, cuando sus padres mueren, quedando en un estado de orfandad, los problemas emocionales se manifiestan de forma considerable.

Dichas manifestaciones se presentan de forma impactante en los niños y niñas con esta afección ya que les afecta en el área cognitiva en su rendimiento escolar, en la emocional en su autoestima y en la conductual pueden presentar agresión y timidez.

Debido al impacto de dicha pandemia, ya mencionado, motiva en la presente investigación a identificar formas de abordaje desde el plano psicológico e institucional, y que ella sea útil para mejorar sustantivamente la calidad de vida de los niños y niñas huérfanos con VIH /SIDA.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1. EL SIDA:

Es una enfermedad causada por un virus llamado VIH que ocasiona la destrucción del sistema inmunitario de la persona que la padece. El sistema inmunitario defiende al organismo de las agresiones que le ocasionan diferentes tipos de microorganismos e impide, a su vez, la proliferación de células malignas (cánceres).

“Según las proyecciones de ONUSIDA, Guatemala cuenta con una de las tasas más altas de prevalencia del VIH en Centroamérica. Al 2007 se reportan cerca de 16 mil casos de VIH y sida, lo que representa el 30 por ciento de las 63 mil personas que viven con VIH”. (Prensa Libre 10 de agosto 2008)

La DIFERENCIA ENTRE VIH Y SIDA El VIH o virus de la inmunodeficiencia humana, también conocido como HIV (por la sigla inglesa Human Inmunodeficiencia adquirida), el agente causante del Sida. En la escala biológica, este virus es uno de los microorganismos más pequeños que se conocen y se caracteriza porque para poder sobrevivir necesita infectar a otra célula y utilizarla para reproducirse.

El SIDA es una sigla que significa Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Síndrome es un conjunto de manifestaciones que caracterizan una enfermedad, e inmunodeficiencia es un estado de falla del sistema normal de defensas que tiene el organismo para combatir múltiples agresiones e infecciones. La palabra adquirida significa que no se trata de una condición innata (congénita), sino que el individuo la ha “adquirido” o “recibido” del ambiente que lo rodea.

Sin respetar edades, razas o sexo, el VIH/sida mantiene en estado de alarma a las autoridades de Salud, que ven cómo muere una persona a diario, víctima de la

pandemia. Los expertos en el tema, incluso, pronostican que dentro de cuatro años el número de personas fallecidas por el virus podría calcularse en 12 mil anuales.

El bienestar de una persona depende de su salud física y mental. La salud mental puede verse alterada por aspectos externos o internos de la persona. El VIH/SIDA tiene un alto impacto psicológico en las personas, afectando la evolución de la enfermedad y las posibilidades de mejorar ésta.

Para saber si una persona es portadora del VIH es necesario realizar pruebas en el suero de la sangre que mide la presencia de anticuerpos (sustancia que produce el cuerpo contra el virus), según Cirilo Alejandro Colarte en su libro Que es lo que se ha dado llamar la enfermedad del siglo, indica que hay dos formas de pruebas bien conocidas y tienen una utilidad diferente, la prueba de ELISA, es utilizado, como examen inicial para determinar el contacto con el virus pero puede prestarse a errores (falsos negativos o falsos positivos), por eso, para hacer el diagnostico definitivo se requiere del resultado de una prueba confirmatorio llamada WESTERN BLOT, mucho más sensible y específica.

1.1 Formas de Transmisión:

Según Daniels Víctor en su libro Sida, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, indica que las formas de transmisión son las siguientes:

- Por la sangre que en la actualidad es el principal modo de transmisión del sida ya que la mayoría de portadores de anticuerpos VIH, son UDVP (usuarios de drogas por vía parenteral), las jeringas y agujas contaminadas que son compartidas pueden transmitir el VIH.
- Transfusiones de sangre.

- Relaciones Sexuales con penetración vaginal o anal, contacto oro-genitales (contacto boca-órgano-genital).
- Transmisión madre - hijo puede producirse durante el embarazo, a través de la placenta, o en el momento del parto.

Amamantar al recién nacido es una potencial vía de transmisión; por lo tanto también se desaconseja la lactancia materna cuando la madre es cero positiva.

1.2 Maneras de como no se transmite el VIH SIDA:

Es importante tener en cuenta que no se transmite a través del contacto diario causal con los niños y niñas. No hay que preocuparse por usar un retrete, teléfono o transporte público. Tampoco es posible transmitir el virus al toser o estornudar. Aun en el caso de estar conviviendo con ellos, respirando el mismo aire y compartiendo vasos, cubiertos y otros utensilios, no existiría la más mínima posibilidad de infectarse.

Tampoco se transmite por picadura de insectos, piscinas y jacuzzis, preparación de comida y saliva muy raras veces se ha detectado VIH en la saliva de personas infectadas y en estos casos ha sido en una concentración íntima, demasiada baja como para producir infección.

1.3 El VIH-SIDA en Guatemala:

Guatemala se ubica como el país con menor Índice de Desarrollo Humano en Centroamérica, lo cual demuestra que la nación tiene problemas importantes en materia de salud y educación. Según la ONUSIDA la prevalencia de SIDA es alta al indicar que por lo menos 73 mil guatemaltecos ya están contagiados aunque los

registros oficiales solo reportan 16,895 casos y una inversión aproximada de \$40 millones anuales.

En Guatemala, el primer caso de SIDA fue detectado en junio 1984, en un hombre de 28 años, guatemalteco proveniente de los Estados Unidos y en abril de 1988, se reportan los dos primeros casos de Sida de personas residentes en Guatemala. El primer caso corresponde a una niña de 12 años, con antecedentes de haber recibido una transfusión sanguínea, lo que puso en evidencia la circulación del virus en el país; y aun varón homosexual de 38 años.

En 1984. A partir de ese momento, la epidemia se ha expandido en el país hasta alcanzar 8.685 casos de SIDA en agosto de 2005, según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS). La mortalidad por causa de SIDA registró un total de 955 personas en un período de dos años (agosto de 2003 a agosto 2005). De estos, el 76% corresponden al sexo masculino.

La principal vía de transmisión es la sexual, responsable de un 94% de los casos notificados desde 1984. La otra forma de transmisión más importante es vía madre-hijo, que se pondera en un 4,8% de los casos de SIDA notificados.

Los casos de SIDA reportados anualmente muestran una tendencia de crecimiento sostenido desde 1996. Cerca del 50% del total de los casos reportados desde el inicio de la epidemia se notificaron en los últimos 3 años.

El número de casos de SIDA entre mujeres ha crecido más, sin embargo cerca del 71% de los casos son en varones. Al final de los años 80 había más de 3.5 varones con SIDA por cada mujer, pero a partir del 2003 la razón se redujo a 2. Esta es una señal inequívoca de feminización de la epidemia.

Un estudio epidemiológico realizado en el año 2003, se indica la epidemia es más prevalente en: hombres que tienen sexo hombres (11,5% de 130.000 HSH

estimados) y trabajadoras comerciales del sexo (3,3% de 15.000 TCS estimadas). Además, se determinó que existe una proporción elevada de infección en la población privada de libertad. Por otra parte si bien toda la población económicamente activa (PEA) (15-49) está afectada el grupo de edad con mayores tasas es el de 25 a 29 años.(Fuente: Unidad de Vigilancia Epidemiológica VIH/SIDA, PNS, 2006).

La epidemia actualmente se ha expandido desde la costa sur hacia la zona atlántica del país. Se concentra en ciertas áreas, pero se considera generalizada en algunas regiones. Geográficamente está concentrada en los departamentos de Izabal, Suchitepéquez, Escuintla, Guatemala, Retalhuleu y Quetzaltenango, que aportan el 77% de los casos SIDA. Se observa una mayor concentración en los departamentos y ciudades de mayor actividad productiva, específicamente los de la costa sur, en la ruta que conduce a la ciudad Guatemala.

1.4 Grupos vulnerables:

Estudios de seroprevalencia muestran que la epidemia de VIH/SIDA en el país está concentrada en grupos vulnerables como HSH (hombres que tienen sexo con hombre) y TCS (trabajadoras comerciales del sexo) donde la seroprevalencia es mayor a 5%. Estos estudios han provisto una vigilancia epidemiológica esporádica pero no hay disponible información sistemática a nivel nacional que permita un seguimiento de la epidemia en estos grupos vulnerables, así como en población móvil e indígenas. Aún cuando el PNS no ha integrado estudios en población vulnerable al el sistema de vigilancia, el VIH/SIDA puede estar afectando más a estos grupos, reflejando nuevos desafíos de el control de la epidemia. Banco Mundial (agosto, 2008 www.worldbank.org). Entre los grupos vulnerables tenemos:

- *Trabajadores Comerciales del Sexo (TCS).*

- *Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH).*
 - *Personas Privadas de libertad final.*
 - *Mujeres.*
 - *Mujeres embarazadas.*
 - *Jóvenes vulnerables*
 - *Huérfanos:* De acuerdo a estimaciones del año 2005, el 49% de los huérfanos se debería al VIH/SIDA, cifra que ha venido ascendiendo de 0,3% en el año 1990 y que había alcanzado 9,4% en 2001.
 - Grupos migratorios y poblaciones móviles en regiones afectadas
- Grupos indígenas y afro-descendientes Banco Mundial (agosto, 2008 www.worldbank.org)

2. ALTERACIONES EMOCIONALES DE PERSONAS CONVIH/SIDA

Las personas afectadas por el VIH sufren alteraciones emocionales, básicamente relacionadas con respuestas de ansiedad y depresión generadas ante las posibles consecuencias físicas y sociales que esta enfermedad conlleva. Este tipo de respuestas “en si mismas” son adaptativas ya que tienen una función de “alerta” ante situaciones difíciles o comprometidas. El problema surge cuando las respuestas depresivas y ansiosas pierden su funcionalidad debido a que su intensidad y frecuencia es desmedida, generando cambios en el organismo y en el comportamiento de la persona. Estos cambios suelen ser de tipo inhibitorio, revistiendo para la persona que los padece un carácter indeseable e imposible de superar. (www.Fundaciónfil.org/documentos/guía.doc)

No sólo las personas afectadas por el VIH sufren alteraciones emocionales. También sus allegados y los profesionales de la salud que les atienden se ven inmersos en una serie de situaciones que muchas veces resultan difíciles de manejar, y que pueden dar lugar a consecuencias muy graves como el “Burn-Out” (el síndrome de ‘estar quemado’, harto, agotado).

Todo comportamiento humano está constituido por tres niveles de respuesta:

1.- **Nivel Cognitivo:** hace referencia a los pensamientos que están mediatizados por la situación que rodea a la persona y a la interpretación que la misma hace de esa situación.

2.- **Nivel fisiológico:** son sensaciones que la persona experimenta a nivel físico, por ejemplo la sudoración de las manos como manifestación de ansiedad.

3.- **Nivel motor,** es la conducta observable o lo que la persona hace.

El comportamiento que manifiestan las personas afectadas por el VIH está determinado fundamentalmente por las consecuencias físicas y sociales de la enfermedad. Por una parte, el SIDA es considerado una enfermedad incurable, y por otro lado a nivel social genera rechazos, culpabilidades, estigmas y disminución de apoyos, no sólo en los afectados sino también en sus allegados y en aquellas personas que por su comportamiento son consideradas de riesgo.

Existen una serie de situaciones que son especialmente generadoras de alteraciones emocionales para la persona afectada como son: conocer los resultados de las pruebas anti-VIH, comunicar a su pareja o allegados su enfermedad, padecer situaciones de rechazo social, acudir a seguimientos médicos, sufrir trastornos físicos graves, ingresos hospitalarios, etc. (WWW.Fundaciónfil.org/documentos/guía.doc)

3. MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS DE NIÑOS Y NIÑAS CON VIH SIDA.

Las manifestaciones psicológicas, son formas de expresar las diferentes emociones que el niño presenta en determinada situación las cuales se manifiestan en miedo, angustia y depresión. TREC (Terapia Racional Emotivo Conductual) define las emociones respecto a los objetivos y valores de los

consultantes, distinguiendo entre emociones negativas apropiadas e inapropiadas, mientras la TC de Beck define emociones positivas y negativas por sí mismas.

Los trastornos psicológicos del niño con infección por VIH SIDA aparecen como conductas de desobediencia, ira, enojo, agresión y otras conductas disruptivas. “Desde el punto de vista conductual su objetivo teórico es la predicción y el control de la conducta.” (Fadiman, 2001, p. 336).

3.1 EL NIÑO Y EL VIH SIDA

“Ser niño significa hacerse más grande, mas fuerte, mas coordinado, pero también puede ser atemorizante, decepcionante y sorprendente. El crecimiento consiste en satisfacer los retos del desarrollo físico.” (Woolfolk, 1999, p. 98). Según Skinner (2001, p. 346)” el niño en su crecimiento tiene la capacidad de reducir al mínimo las condiciones adversas y de incrementar el control provechoso de nuestro medio. Al aclarar los pensamientos, aprovechando mejor las herramientas para predecir, sostener y controlar la propia conducta. “

Muchos niños y niñas que viven una vida normal, van a la escuela y tienen una familia que les cuida y les protege, descubren poco a poco que lo están perdiendo todo por culpa del SIDA. Cuando los padres de los niños mueren, quedando en un estado de orfandad lo que implica que tengan varios problemas emocionales

La noción dominante para el niño acerca de lo que es una enfermedad generalmente se caracteriza en términos de los síntomas que esta le produce. De cualquier modo el significado de estos y su importancia relativa varían a lo largo de las distintas edades.

A partir de los ocho años se incluyen situaciones originadas dentro del propio cuerpo del sujeto entre las causas que ocasionan enfermedades, además se comienza a descubrir el curso de las distintas enfermedades. Aunque este

conocimiento no se generalice a todos los individuos ni a todas las enfermedades, ahora en concepto de padecimiento es el de un proceso que incluye un modo de transmisión y un curso de síntomas internos y externos. A partir de los 10 años aumenta la moción de la enfermedad como un proceso así como de su duración y las descripciones de los mecanismos específicos de acción de diferentes padecimientos.

Otra característica que surge en esta edad es la capacidad de comparación entre distintas enfermedades así como la conciencia de no saber acerca de ellas. Por tanto en cuanto a los síntomas se podría decir que, en principio, existe poca diferenciación entre ellos y la enfermedad, a lo que sigue la distinción entre las enfermedades por sus síntomas y posteriormente, una toma de conciencia del síntoma como un aspecto más de la enfermedad.

A los 10 y 11 años el pensamiento causal del niño acerca de la enfermedad y su curación influye aspectos como la acción interna de la gente etiológico y una descripción insipiente del funcionamiento fisiológico interno del padecimiento, así como del sistema de defensa del organismo, al menos en términos globales.

Entre los 12 y 13 años el pre-adolescente es capaz de pensar en factores internos del organismo que interactúan con factores externos ocasionando la enfermedad, o bien su curación. Aun cuando poseen lagunas sobre conocimientos específicos es capaz de imaginar los procesos que suceden durante el padecimiento y su resolución, información adquirida a partir de diversas fuentes, usualmente más allá de su experiencia concreta con la enfermedad.

3.2 NIÑOS Y NIÑAS HUÉRFANOS CON VIH SIDA

Todos saben lo que es ser huérfano, aunque quizás no a la idea de lo que significa vivir sin padres. Además del impacto emocional y la tristeza, muchos niños y niñas tienen que enfrentarse a situaciones muy duras, sin apenas apoyo. Por si fuera

poco, los familiares de personas que tienen el VIH o han muerto a causa del SIDA son discriminados, lo que empeora su situación. Los huérfanos de SIDA, sin protección, pueden verse cada vez en una situación peor:

- **Problemas emocionales y sociales:** traumas psicológicos que se pueden agravar porque muchas comunidades consideran que el VIH es un estigma y una vergüenza.
- **Dificultades económicas:** como los padres no pueden trabajar, los niños y niñas se ven, con frecuencia, obligados a mantener a la familia.
- **Abandono de la escuela:** si los niños trabajan, no tienen tiempo para ir a clase ni para estudiar.
- **Desnutrición y enfermedades:** los niños, y más aún si no tienen estudios, suelen ser explotados en el trabajo y reciben salarios bajos. La pobreza hace que no puedan alimentarse adecuadamente ni recibir tratamientos médicos adecuados.
- **Pérdida de los derechos sociales:** muchos huérfanos pierden las propiedades familiares y el dinero que les correspondería heredar. Al ser menores de edad son más vulnerables a sufrir abusos legales.
- **Miedo y aislamiento:** sin padres y sin casa, muchos niños y niñas se ven obligados a vivir en la calle o en lugares donde no encuentran su sitio. Reportaje histórico la infancia afectada por el VIH SIDA (agosto, 2008), (<http://www.enredate.org>)

3.3 PROBLEMAS EMOCIONALES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON VIH-SIDA

Entre los problemas emocionales que el niño (as) huérfanos puede presentar se pueden mencionar la angustia, el miedo y la depresión. La importancia del autoestima es cuando cae uno a la cuenta de que lo opuesto a ella no es la heteroestima o estima de los demás sino la desestima propia, rasgo característico de ese estado de suma infelicidad que llamamos depresión. (Bonet, 1995, p. 19).

3.3.1 DEPRESION:

El modelo cognitivo de la depresión postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico:

- **Triada cognitivo:** consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a si mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. Al primer componente de la triada se centra en la visión negativa de paciente a cerca de si mismo. El segundo componente de la triada se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Y el tercer componente se centra en la visión negativa a cerca del futuro.
- **Esquemas :** este concepto se utiliza para explicar porque mantiene el paciente depresivo actitudes que lo hacen sufrir y son contraproducentes incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.
- **Error cognitivos:** los errores sistematicos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia en el paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria. (Beck, 2001, pp. 19-21)

En los niños, la depresión no se presenta de la misma forma que en los adultos. En el adulto el signo más obvio y típico de la depresión es un estado de ánimo triste: melancólico, solitario y apático. La persona deprimida puede encontrarse llorando aun cuando parece no haber motivo para ello o puede ser incapaz de llorar cuando ocurre algún hecho triste. Puede tener problemas para dormirse o bien se despierta en la madrugada y es incapaz de conciliar nuevamente el sueño. También puede suceder que se sienta constantemente cansada y duerma más de

lo normal. Aquellos pacientes que dicen dormir más de lo normal describen el hecho como un estado de cansancio que los hace ir a la cama pero que no les proporciona un sueño reparador. Puede perder el apetito y en consecuencia peso, la comida no le causa el placer habitual o, por el contrario, puede comer más de lo acostumbrado y aumentar de peso. Puede perder o sentir disminuido su apetito sexual, por lo cual suele preocuparse o culparse.

Típicamente, la persona deprimida se ve a sí misma en forma muy negativa. Puede creer que está sola y desamparada en el mundo y frecuentemente se culpa por faltas triviales. Es pesimista, acerca de sí misma, del mundo y de su futuro. Pierde interés en lo que pasa a su alrededor y las actividades que usualmente disfrutaba ya no le producen satisfacción. Frecuentemente tiene problemas para tomar decisiones o para llevar a cabo las decisiones que ha tomado.

Algunas personas pueden estar deprimidas sin mostrar los sentimientos propios a la depresión, tales como la tristeza, la irritabilidad y la pesadumbre. En lugar de esto se quejan de malestar físico o pueden sufrir de tendencia a buscar solución en el consumo de alcohol o drogas. Cuando una persona parece siempre cansada o aburrida de lo que está haciendo, en realidad puede estar deprimida.

La depresión en los niños, los síntomas son diversos y en ocasiones cambiantes pero en cuanto al aspecto cognitivo tienen las mismas características que en el adulto deprimido, a saber: Visión negativa de sí mismos, de sus experiencias y de su futuro (la denominada tríada cognitiva); presencia de distorsiones, supuestos depresogénicos y cogniciones con idea central de pérdida.

Entre los diversos síntomas de posible depresión en el niño son los siguientes: Retraimiento, apatía, llanto fácil, aspecto triste, excesiva timidez, bajo rendimiento escolar en niños con inteligencia normal o incluso superior, poca inclinación al juego, aburrimiento, distracción, tendencia a estar solo o con pocos amigos y masturbación excesiva. Existe la posibilidad de que síntomas tales como

hiperactividad, agresividad, desobediencia, trastornos del apetito y del sueño, etc. pueda estar enmascarando una depresión.

La depresión en la niñez es una queja común entre los niños en edad escolar que tienden a ser conscientes de la popularidad, pero una prologada sensación de falta de amistades puede ser un signo de depresión en la niñez un desorden afectivo o desorden de animo que va mas allá de la tristeza normal temporal.

El diagnostico del síndrome depresivo es mucho mas difícil en la infancia que en la edad adulta, ello se debe, en parte al que el niño tiene mayor dificultad para describir sus sintomatología. (Calderón, 1989, p. 157).

Otros síntomas pueden incluir la incapacidad de divertirse o de concentrarse, fatiga, actividad o apatía extremas, llanto, problemas de sueño, sentimientos de falta de valor, cambio en el peso, dolencias físicas y pensamientos frecuentes acerca de la muerte y el suicidio. Si cinco de estos síntomas perduran por más de dos semanas, pueden indicar depresión. (Dicaprio, 1997, p. 485).

Factores que pueden provocar depresión en los niños.

Los factores sociales en la depresión son parte de una sociedad en que estimulan el deseos mas allá del alcance de nuestra propia imaginación. Los factores externos (cine, televisión y la radio) conducen a que las personas piensen que la vida esta en las manos, pero cuando esa vida se escapa por una u otra razón, sintiéndose despojados y eventualmente deprimidos. (Fromme, 1984, pp.143-144)

La escuela es un factor importante en el desenvolvimiento del los niños, pero la misma puede ser un factor deprimente para ellos debido a que otros niños no interactúan (juego, estudio, compañerismo) con ellos debido al temor de ser infectados por la enfermedad.

Bajo rendimiento escolar. Como ya se ha señalado, el bajo rendimiento escolar puede presentarse como un síntoma más que acompaña a la depresión o, por el contrario, puede ser causa de ella. Del niño se espera que adquiera hábitos de higiene y buenos modales, pero lo que más se espera de él es que tenga buen rendimiento en la escuela. La imagen "buena" o "mala" que se tiene del niño y que el niño aprende a tener de sí mismo va a depender en buena parte de su rendimiento escolar.

El bajo rendimiento escolar puede ser causado por diversos factores, entre los cuales pueden citarse los siguientes: Dificultades de aprendizaje; fallas en la enseñanza, bien por ambientes escolares Inadecuados o por fallas pedagógicas, privación afectiva y/o cultural; trastornos emocionales y otros problemas en el área de la salud.

Estos factores deben ser detectados y tratados a tiempo por personal especializado. De lo contrario, el niño puede comenzar a fracasar en la escuela, ser objeto de castigos y desaprobaciones por parte de padres y maestros y, por otra parte, de burla y desprecio de sus compañeros. Es decir que recibe mensajes distorsionados tales como "irresponsable", "flojo", "desconsiderado, malo", etc.

Esta situación va distorsionando la imagen que tiene de sí mismo. El niño comienza a pensar que "carece" de algo importante para su funcionamiento normal por lo que merece castigo y desaprobación. Finalmente, termina asumiendo que "él tiene algo malo": "Yo soy malo", "hago daño a mis padres, no sirvo para nada", "merezco castigo". Estos pensamientos distorsionados son perjudiciales en el desarrollo emocional de él mismo.

Privación afectiva. En gran parte, el niño aprende a quererse y a respetarse a través del afecto y respeto que le demuestren sus padres, maestros y, en general, las personas significativas que están en contacto con él.

3.3.2 MIEDO:

El miedo es posible que cuando el paciente pasa de una etapa en la que no era evidente la enfermedad a otra en la que si lo es, se alarme y vea los síntomas como anuncio de un final inevitable. Parte de su miedo no solo es morir sino por el sufrimiento que esto implica, ocasionando en el niño o niña. Enciclopedia de la Psicopedagogía (2000, p. 877) “El miedo es un sentimiento de inquietud experimentado en presencia o ante la idea de un peligro.” En este caso el sentimiento o el pensamiento del desenlace de la misma enfermedad.

“El miedo se marca en las reacciones físicas que lo acompañan, pasando del desasosiego o de la inquietud a un estado trémulo, sentimos los latidos del corazón, el pulso se acelera, la respiración se vuelve corta y rápida, sudor, escalofríos, náuseas e incluso diarrea, en caso de terror extremo nos congelamos completamente”. (Fromme, 1984, p. 68).

El bienestar psicológico para las personas es un factor fundamental para su realización, la salud mental y psicológica ante el impacto del SIDA, debe considerar las consecuencias que se producen en el plano emocional de las personas afectadas, se produce una serie de cambios bruscos en la realidad de cada persona, condiciones que puede generar reacciones normales en una situación anormal en que están viviendo y de igual manera puede desencadenar en las personas que no reciben ningún tipo de atención condiciones para el sufrimiento de patologías y daños mas serios en su estado emocional y salud mental.

El sentimiento de muerte inminente y el miedo al dolor, son otros de los problemas psicológicos. Pero se añaden otros: los caracteres contagiosos de la enfermedad, la discriminación y aislamiento social, la preexistencia de desórdenes patológicos.

Los pacientes viven el resultado positivo del test, como una condena a muerte y desarrollan miedo y una notable reacción depresiva acompañada de manifestaciones de angustia. "La angustia discurre de manera ilógica y negativa por lo que inadvertidamente actúan de manera derrotista con un poco de esfuerzo las personas aprenden a liberarse de las pautas de pensamiento perjudiciales, cuando se eliminan los síntomas dolorosos se recuperan la felicidad y la productividad así como el respeto de sí mismo." (Burns, 1980, pp.3-4).

A un miedo específico se le llama fobia mientras que a un miedo vago y persistente se le llama angustia. Miedos y fobias en la niñez intermedia (6 a 10 años). Muchos de los miedos a esta edad son "irrealistas" y tienen por objeto motivos imaginarios, la oscuridad y quedarse solos. El miedo "irrealista" puede ser simbólico de una previsión de castigo o del rechazo de los padres, miedos que el niño no puede reconocer ante sí mismo directamente. En esta edad las pesadillas tienen su punto culminante y se explican en base a las teorías psicodinámicas. Los "malos sueños" pueden deberse a que los niños no tienen bien desarrollados los sistemas de defensa y por lo tanto se derrumban fácilmente ante tensión. En la oscuridad y somnolencia el niño puede ser más vulnerable a los deseos y preocupaciones de ansiedad que cuando están despiertos, por lo tanto estos temores reprimidos aparecen en pesadillas.

En este periodo los niños aprenden a leer y pueden centrar su atención a las noticias que difunden los medios de comunicación, por lo cual se desarrolla un miedo en relación a los desastres naturales, ladrones, terroristas etc.

Fobia a la escuela. Este miedo puede reflejar una ansiedad de separación tanto por alguno de los padres como por el niño este puede percibir los sentimientos desfavorables de la madre hacia la escuela y también la reticencia a la separación, lo que despierta en el niño necesidades de dependencia y sentimientos de hostilidad. Esto puede explicarse por aprendizaje observacional, mencionado anteriormente.

En el caso de que el niño haya generalizado un hecho desagradable a la escuela, se explica por condicionamiento clásico..

Fobia a la muerte. Aproximadamente a los 8 años la muerte pasa a convertirse en un suceso irreversible por lo que los sentimientos hacia ella cambian radicalmente, surge una impotencia ante lo inevitable de la muerte, lo que va acompañado de un sentimiento de indefensión ante ello.

3.3.3 ANGUSTIA:

La angustia presupone un sentimiento crónico de anticipación e inquietud. Constantemente se cree que algo malo va a pasar, o nos asalta un vago sentimiento de impotencia o una preocupación acerca del fracaso, desaprobación o rechazo. La angustia difiere del miedo en que influye sobre todo el tono emocional y no sólo en una parte de nuestras vidas.

La angustia está mucho mas acerca de la que pudiera llamarse proclividad al miedo, esto es, una tendencia a sentir miedo. Es el terreno emocional en el cual crece el miedo. De hecho, según muchos psicólogos, no existe la neurosis sin la angustia, de la misma forma en que casi nunca hay enfermedad que no tenga infección y fiebre.

No siempre la angustia se ve con claridad. La gente desarrolla mecanismos de defensa; se construye una fachada temible, o bien lleva una vida discreta y al abrigo de toda intrusión. Aaron Beck y Gary Emery (1985) sugieren que el trastorno está basado en "miedos básicos" de naturaleza más amplia, tales Como:

- Miedo a perder el control.
- Miedo a no poder afrontar los problemas.
- Miedo a la muerte y/o a la enfermedad.

Los efectos psicológicos del VIH/SIDA sobre los niños(as) incluyen: sufrimiento emocional, que se presenta en varias formas como depresión, agresión o falta de crecimiento, entre otros, preocupación por el futuro (adónde van a ir y quién se ocupará de ellos); falta de guía y orientación (lo que dificultará lograr la madurez emocional y la integración posterior a la sociedad); trastornos psicológicos, que pueden manifestarse antes, durante o después de la pérdida de los padres; no poder expresar su dolor de manera afectiva; pérdida del hogar y del apoyo financiero que tenían (quedar sin comida, albergue, abrigo, medicamentos y educación, ante lo cual pueden incurrir en prostitución). Como el niño y niña pueden vivir el proceso de duelo. El cual es: el conjunto de manifestaciones fisiológicas, intelectuales, emocionales, conductuales y espirituales que se manifiestan como consecuencia de una pérdida.

Procesos del duelo:

Negación: una persona informada de su estado seroposivo, sin embargo ella dice estar totalmente sana, dice que el resultado es un error, y no toma ninguna medida al respecto.

Cólera: Al aceptar su situación, siente mucha rabia, culpa a muchas personas por lo que le está pasando, siente que está sufriendo como nadie más en el mundo, quiere vengarse, no piensa en qué hacer para mejorar la situación.

Negociación: La persona comienza aceptar la realidad de su enfermedad, ofrece cambiar su comportamiento.

Depresión: Se siente culpable y desdichada. No ve ninguna posibilidad de mejorar la culpable y desdichada. No ve ninguna posibilidad de mejorar la situación, no tiene ganas de hacer nada, no quiere buscar ayuda.

Resolución: Acepta su situación y decide enfrentarla, busca ayuda y ella misma se ayuda.

Podemos pensar que los niños no comprendan lo que es la muerte, pero son perfectamente sensibles a los cambios que se producen en la casa y a la ausencia del contacto físico con la persona fallecida. Sin embargo, los niños perciben el tiempo de forma diferente a como lo hacen los adultos, lo cual hace que puedan pasar por las etapas del duelo bastante rápidamente. En sus primeros años en la escuela los niños pueden sentirse responsables por el fallecimiento de un familiar y por lo tanto pueden necesitar ser reafirmados y tranquilizados al respecto. Los jóvenes pueden no hablar de su duelo por miedo de añadir sobrecargas adicionales a los adultos que les rodean. El duelo de niños y adolescentes y sus necesidades de duelo no deben ser pasados por alto cuando un miembro de la familia ha fallecido.

Aunque el SIDA se considera comúnmente una cosa de adultos, la realidad es que a quienes afecta más duramente son a los niños y las niñas. No sólo a aquellos que contraen el virus, si no también a todos los que ven como su vida cotidiana se derrumba cuando los adultos que los cuidan, educan y protegen caen enfermos y muere. Es necesario que las instituciones trabajen en la creación de sistemas de protección y servicios públicos, de forma que los niños y niñas huérfanos no se queden solos. Además, es necesario que todos reflexionemos sobre el apoyo que se puede ofrecer a los niños y niñas a los que el SIDA les ha quitado su infancia. Los niños y niñas son más vulnerables al SIDA que los adultos. Como ocurre con muchas otras enfermedades, se ponen peor, sufren más y tienen menos posibilidades de sobrevivir. Sin embargo no existen apenas medicamentos antirretrovirales específicos para niños. La mayoría de los niños que tienen el VIH tienen que tomar medicamentos de adultos en dosis pequeñas, lo que no siempre es bueno para ellos.

Las manifestaciones psicológicas como miedo, angustia y depresión son las más comunes en niños y niñas huérfanos con VIH SIDA, deben de ser tratadas por las instituciones y desarrollar sentimientos de solidaridad y aceptación con las personas infectadas con el virus del SIDA y en especial enfermas, se logra a través de reconocer los temores y prejuicios que todos tenemos ante esta

epidemia. Estos sentimientos que ponen una barrera entre “sanos” y los “afectados”, surgen especialmente por la desinformación, o por los mitos que han aparecido en torno a ella.

La angustia, miedo y depresión son las principales manifestaciones psicológicas que presentan los niños y niñas de 8 a 12 años con VIH SIDA y cómo estas afectan su calidad de vida en las distintas áreas a nivel cognitivo, conductual y emocional. En su variable independiente las emociones como el miedo, la angustia y la depresión que manifiestan los niños y niñas de 8 a 12 años enfermos con VIH SIDA y la variable dependiente las manifestaciones psicológicas: son formas de expresar las diferentes emociones que el niño presenta en la enfermedad del VIH SIDA.

CAPITULO II

TECNICAS E INSTRUMENTOS

DISEÑO DE PRUEBA Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

Para realizar el análisis se tomó una muestra de 17 niños y niñas entre las edades comprendidas de 8 a 12 años con VIH SIDA de un total de 65 del Hospicio San José y 10 profesionales encargados de su cuidado.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

Observación: Es la técnica más utilizada en Psicología, que significa mirar con atención, que se utilizó para la obtención de información con el fin de conocer el comportamiento, conductas, actividades, síntomas, forma de vida y el ambiente en el que los niños se desenvuelven.

Expedientes: Se utilizaron para obtener datos personales de los niños y niñas y así conocer el diagnostico de la situación de cada uno de ellos.

Entrevista Dirigida: Es la recopilación de información de forma directa, cara a cara es decir el entrevistador obtiene datos del entrevistado siguiendo una serie de preguntas. Esta se aplico con los profesionales que atienden a los niños.

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO

Para el desarrollo de la presente investigación se realizaron diferentes actividades:

Actividades Realizadas y/o por Realizar
Reformulación del problema.
Diseño de la prueba.
Administración. Del Proyecto.
Trabajo de Campo y Recopilación de Información..
Elaboración de conclusiones, recomendaciones e informe final.
Presentación del trabajo final de tesis.

El tipo de investigación es descriptiva, la cual complementara la información existente sobre las manifestaciones en el plano psicológico de los niños y niñas de 8 a 12 años con VIH SIDA, aportando nuevos conocimientos a este tipo de aplicaciones al Área Psicológica y Social.

La metodología estadística utilizada en la presentación de los resultados, se desarrollo por medio de bases de datos que sirvieron de soporte para elaborar las gráficas correspondientes que permitieron el análisis y la interpretación de la información obtenida en el trabajo de campo.

CAPITULO III

PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se presenta el análisis e interpretación de la información obtenida a través de la investigación de campo realizada en la Asociación Hospicio de San José, ubicado en el km. 28.5 carretera a Barcenas, Santa Lucia Milpas Altas, Sacatépequez, la cual atiende a niños y niñas con VIH SIDA.

Para obtener la información, se utilizaron las técnicas de entrevistas y cuestionarios, para ello, se obtuvo la colaboración de 10 personas que laboran en la institución, de ellas 2 son psicólogas y 8 ACI (Asistentes de Cuidado Infantil).

Para el cuidado de los niños y niñas cuentan con 29 ACI (Asistentes de Cuidado Infantil), quienes juegan un papel importante en su atención, al tal punto que son vistas por los niños con una imagen materna.

La institución además cuenta con personal médico, enfermeras, cocineras, personal de limpieza, trabajadora social, psicólogas (2), chofer y orientadoras. Adicionalmente, cuentan con personal administrativo encargado de la administración de las donaciones, las cuales ayudan a que los niños tengan una buena calidad de vida, y sobre todo poder mantener el elevado costo de las medicinas que tiene un aproximado de Q 1,000.00 quetzales diarios por niño y niña.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de acuerdo a las variables estudiadas:

1.) DATOS DE LA POBLACION DEL ESTUDIO:

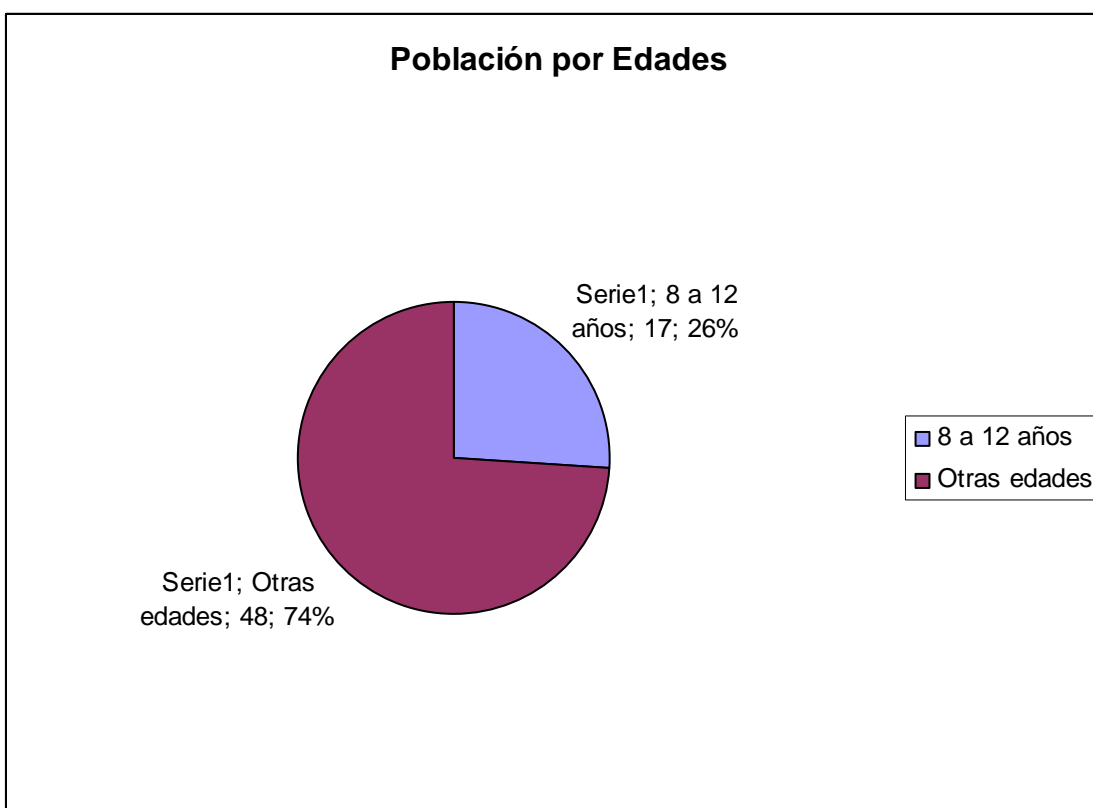
Para la realización del presente estudio, es importante indicar que en la institución objeto de estudio, se atiende a 65 niños y niñas con VIH Sida, sin embargo, para propósitos de análisis, éste se realiza considerando los niños y niñas comprendidos entre las edades de 8 a 12 años.

A continuación se presenta el análisis realizado:

a) Edad

Para realizar un análisis mas concreto, se segmentó la población (65 niños) y se tomó una muestra de 17 niños y niñas comprendidos entre las edades de 8 a 12 años que equivalen al 26 % de la población., tal como se muestra en la siguiente gráfica:

Gráfica No. 1



Fuente: Elaboración propia conforme información del Hospicio San José

Como se puede apreciar, el porcentaje de niños y niñas entre 8 y 12 años es importante, y con ello, una buena base para poder extraer conclusiones para propósitos de este análisis.

Es importante indicar, como fundamento de este estudio, que el conocimiento de la enfermedad depende de la madurez de su edad y esto es a partir de los ocho años. En esta edad, se incluyen situaciones originadas dentro del propio cuerpo entre las causas que ocasionan enfermedades, además se comienza a descubrir el curso de las distintas enfermedades.

A los de 10 años aumenta la noción de la enfermedad como un proceso, así como de su duración y las descripciones de los mecanismos específicos de acción de diferentes padecimientos. También surge la capacidad de comparación entre distintas enfermedades así como la conciencia de no saber acerca de ellas.

Los mas grandes (mas de 12 hasta los 16 años) el pensamiento acerca de la enfermedad y su curación influye aspectos como la acción interna de la gente etiológico y una descripción insipiente del funcionamiento fisiológico interno del padecimiento, así como del sistema de defensa del organismo, al menos en términos globales. Aun cuando poseen lagunas sobre conocimientos específicos es capaz de imaginar los procesos que suceden durante el padecimiento y su resolución, información adquirida a partir de diversas fuentes, usualmente más allá de su experiencia concreta con la enfermedad.

b.) Sexo

A continuación se presenta la composición porcentual de los niños y niñas de 8 a 12 años con VIH Sida por sexo:

Gráfica No. 2

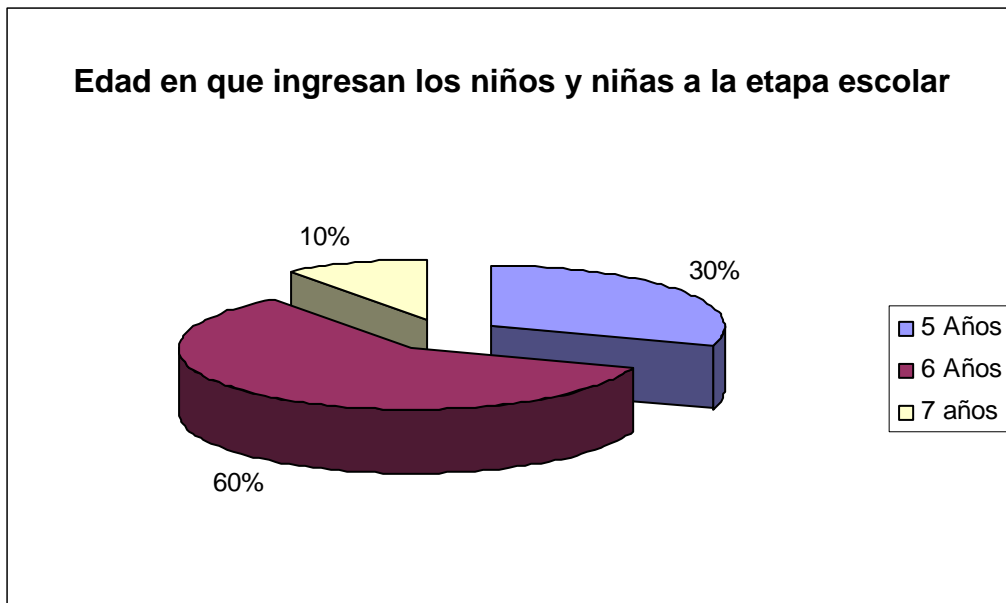


En la gráfica se observa que el 53% de la muestra son niños y el 47% son niñas, esto representa en valores absolutos que 9 son del sexo masculino y 7 son féminas.

c.) Escolaridad

Para propósitos de este indicador, se presenta la siguiente gráfica:

Gráfica No. 3

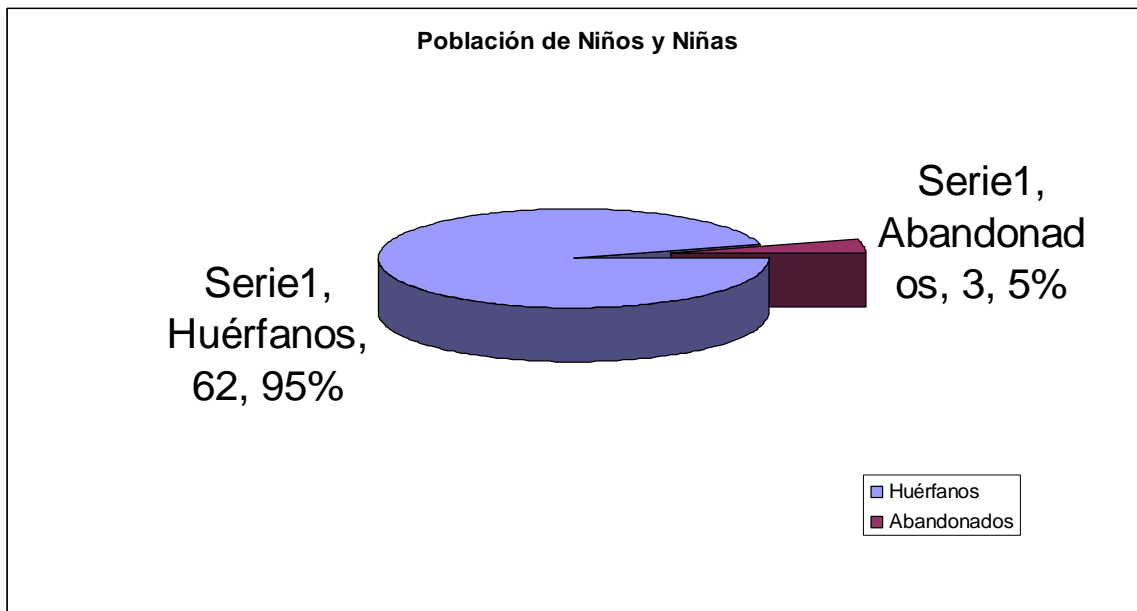


Se puede apreciar que el 60% de los niños y niñas han iniciado su preparación escolar a los 6 años, el 30% a los cinco años y un 10% a los siete años. Con esto se puede inferir, que han accedido sin problemas a su educación.

d.) Condición de Orfandad

La población que atiende la institución es de 65 niños y niñas, comprendidos entre las edades de 0 a 16 años, de los cuales el 95% son huérfanos. Es importante mencionar que de cinco años atrás, la población ha aumentado en la institución un 75%. A continuación se presenta la gráfica que muestra dicha información

Gráfica No. 4



Fuente: Elaboración propia conforme información del Hospicio San José

Se puede apreciar que el 95% de los niños que se atienden son huérfanos y solamente el 5% tiene algún familiar que generalmente los ha abandonado. Con esto, se concluye, que el efecto en ellos es importante debido a la enfermedad que padecen, la falta de padres o bien de algún familiar que esté a cargo de ellos. Adicionalmente, mediante observación se pudo confirmar que en su mayoría son niños y niñas huérfanos, otros tienen algún familiar que los llega a visitar eventualmente al hospicio.

2.) CALIDAD DE VIDA Y ACTIVIDADES COTIDIANAS.

Para apreciar la calidad de vida en la que se desenvuelven, se observó que en su ambiente, los dormitorios están divididos por sexo y edad. Dichos dormitorios cuentan con closet, camas literas para los más grandes y cunas para los más pequeños, cuentan con baño privado para cada habitación, están pintados de color rosado, celeste y verde según sea el sexo.

Tienen para su cuidado a las ACI (Asistente de Cuidado Infantil), que están pendientes de ellos tanto que se tomen su medicina la cual algunos la toman mañana y noche, de su comida, de darles refacción, ellas son vistas por ellos como su mamá que es como las llaman.

Los niños y niñas más grandes tienen actividades asignadas como: mantener limpio y ordenado su dormitorio, cuidar el lugar en donde viven no manchando las paredes y puertas, ayudar a cuidar a los mas pequeños y realizan sus deberes del colegio con lo que cuentan con persona que les ayuda a supervisarlos. Adicional a estas actividades tienen actividades recreativas fuera de la institución como lo son visitas al Museo del Niño, al Zoológico La Aurora, al teatro, ir a restaurantes de comida rápidas, juegos deportivos, ir a ver las luces Campero, etc. Son transportados en los microbuses que tiene la institución.

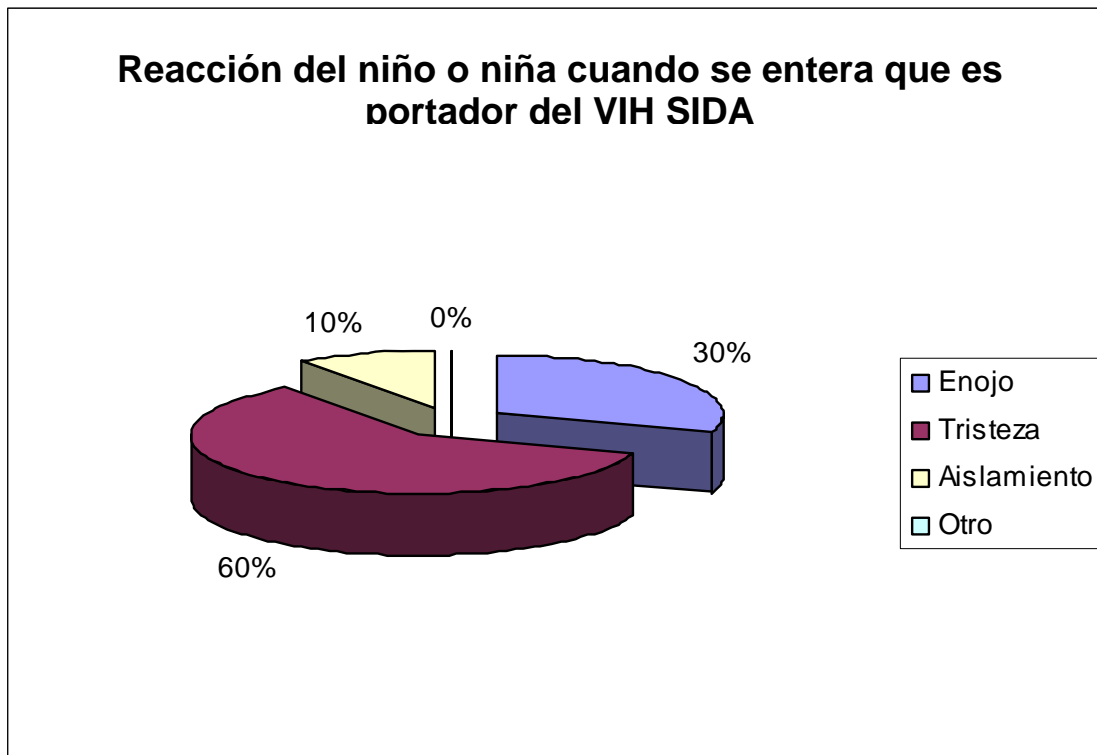
3.) PRINCIPALES MANIFESTACIONES PSICOLOGIAS QUE PRESENTAN:

Para el análisis de esta variable se utilizaron los siguientes indicadores:

a.) Reacción al duelo:

Al evaluar la reacción de los niños y niñas al enterarse de su enfermedad, las respuestas obtenidas indican que la predominante es la tristeza, con un 60%, luego el enojo con un 30% y con un 10% el aislamiento. A continuación se presentan los resultados mediante una gráfica:

Gráfica No. 5



Se estableció que la tristeza afecta a los niños y niñas sobre todo cuando ya están concientes de la gravedad de la enfermedad y su fatal desenlace. Tienen mas conocimiento de la misma a partir de los nueve años cuando se les explica su enfermedad.

Luego la siguiente reacción al enterarse es el enojo, que los hace preguntarse del porque a él, el no aceptar lo de su enfermedad.

Luego, el 10% tienden a aislarse para que nadie más les hable del tema, para que no lo miren, y para no sentirse rechazados. Según la teoría nos dice el duelo es: el conjunto de manifestaciones fisiológicas, intelectuales, emocionales, conductuales y espirituales que se manifiestan como consecuencia de una pérdida. Su proceso es: Negación, Cólera, Negociación, Depresión y Resolución.

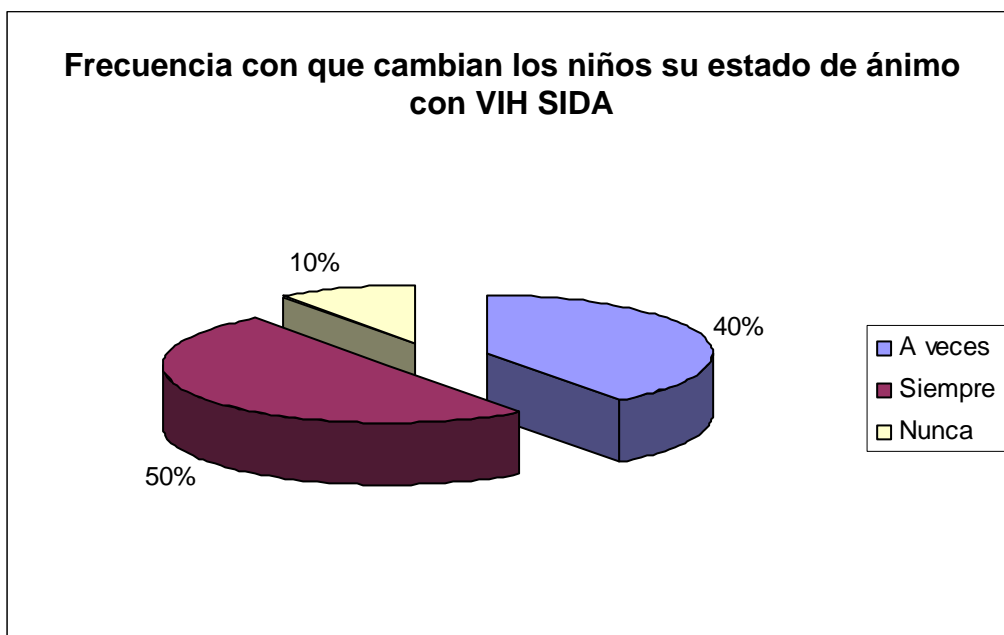
Comparado con esto el niño y la niña han perdido la salud que tenían, no aceptan su condición, hay tristeza, se enoja, se aísla, saben los que son mas grande el desenlace que tiene y sobre todo que debido a la misma han perdido ya a sus seres queridos.

El duelo de niños y adolescentes y sus necesidades de duelo no deben ser pasados por alto.

b.) estabilidad en el estado de animo

Al consultarse a las profesionales con qué frecuencia cambias los niños y niñas su estado de ánimo, las respuestas a ésta interrogante se clasificaron en: Siempre, a veces, y nunca, de las cuales el resultado mayor obtenido es: siempre con un 50%, a veces con un 40% y nunca un 10%.

Gráfica No. 6



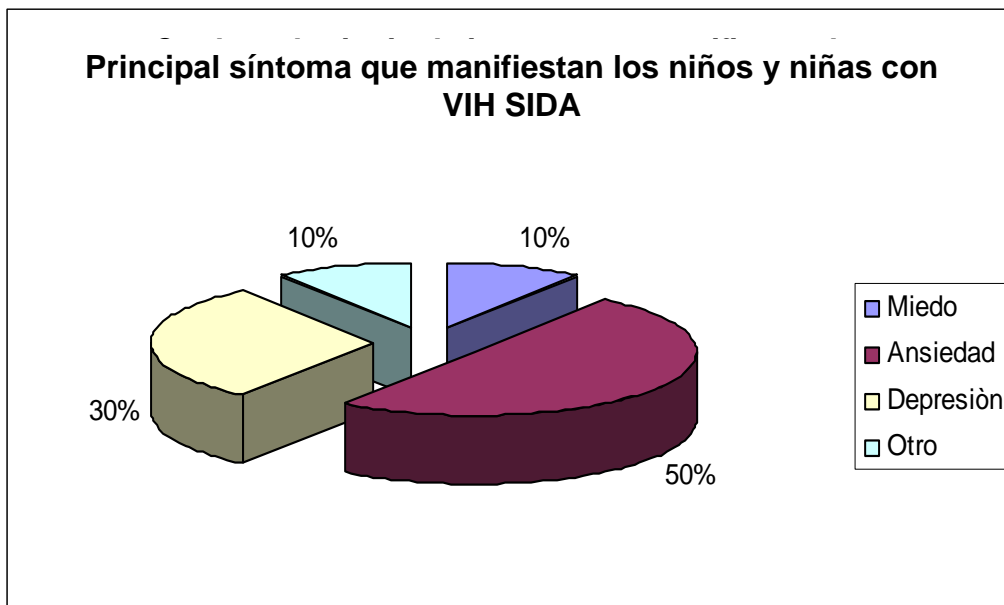
Comentario importante al respecto, es que el ser humano es variante en su estado de ánimo, esto está influenciado por su estilo de vida, el ambiente en donde se desenvuelve, influencia del medio social, etc. No se diga los niños y niñas que son víctimas de la pandemia, con la cual tiene que aprender a vivir por el resto de su vida. Sentirse triste o deprimido no es un síntoma suficiente para diagnosticar depresión, puesto que la depresión como síntoma está presente en gran parte de cuadros psicopatológicos y en otras condiciones médicas, sin que por ello constituya un síndrome depresivo.

Los sentimientos de abatimiento tienen funciones filogenéticas adaptativas para obtener atención y cuidado de los demás, elaborar situaciones de pérdida o separación, etc. Sin embargo, según su duración, frecuencia o intensidad estos sentimientos pueden interferir con la capacidad adaptativa de la persona que los sufre. La segunda predominante es el enojo por no poder hacer nada para cambiar la situación.

c.) síntomas psicopatológicos que manifiestan

Las respuestas obtenidas indican que es predominante es la Ansiedad con un 50%. A continuación el enojo, aislamiento y la tristeza (descritos como Otros) representan el 30%. La Depresión y el Miedo representan un 10% cada uno.

Gráfica No. 7



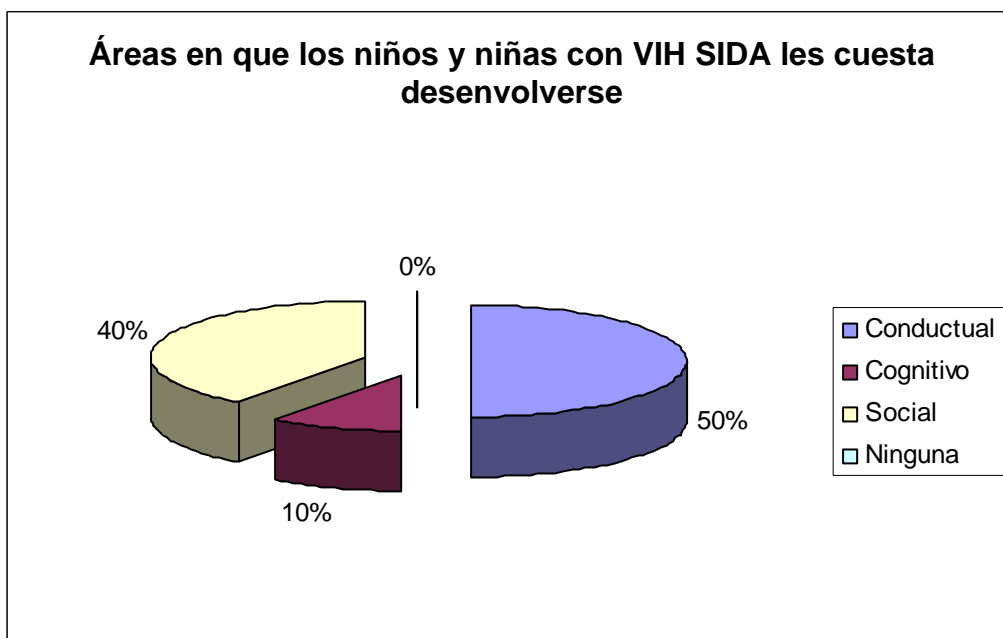
Al hablar de depresión en niños no es lo mismo de hablar de depresión de adultos. Según lo estudiado en la teoría que nos dice que “La depresión en lo niños, los síntomas son diversos y en ocasiones cambiantes pero en cuanto al aspecto cognitivo tienen las mismas características que en el adulto deprimido, a saber: Visión negativa de sí mismos, de sus experiencias y de su futuro (la denominada tríada cognitiva, que consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a si mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosingrático), presencia de distorsiones, supuestos depresogénicos y cogniciones con idea central de pérdida) y que entre los diversos síntomas de posible depresión en el niño se tienen los siguientes: Retraimiento, apatía, llanto fácil, aspecto triste, excesiva timidez, bajo rendimiento escolar en niños con inteligencia normal o incluso superior, poca inclinación al juego, aburrimiento, "flojera", distracción, tendencia a estar solo o con pocos amigos y masturbación excesiva. Existe la posibilidad de que síntomas tales como hiperactividad, agresividad, desobediencia, trastornos del apetito y del sueño, etc. pueda estar enmascarando una depresión.” Se observó que hay niño y niñas que presentan

algunos síntomas de posible depresión como lo son: apatía, aspecto de tristeza, poca inclinación al juego, aburrimiento y tendencia a estar solos.

d.) Áreas de dificultad en el desenvolvimiento cotidiano

Del 100% de los encuestados contestaron que el 50% de los niños y niñas en el área conductual es donde se les dificulta desenvolverse, siguiéndole lo social con un 40% y por ultimo el 10% en lo cognitivo.

Gráfica No. 8



Se aprecia que los niños y niñas manifiestan problemas cognitivos, esto es debido a que cuando ellos ingresan a la institución llegan con problemas relacionados con la enfermedad como desnutrición, sus defensas están bajas, o bien se encuentran hospitalizados. Todo esto contribuye a que se atrasen en ingresar a la escuela, su edad no esta en proporción con los de su grado. Por ejemplo se observó que niños de ocho años se encuentran cursando el Kinder en el área de pre primaria.

Pero es necesario mencionar que aparte de realizar las entrevistas se utilizó la observación, la cual sirvió para descubrir que cuando a los niños se les estabiliza en el tratamiento de su enfermedad, su rendimiento escolar mejora.

Otro medio de recopilación de información utilizado fue la observación, con el fin de conocer los síntomas, forma de vida y el ambiente en el que los niños se desenvuelven, actividades, comportamiento y conductas.

También se realizaron algunas actividades con ellos, entre ellas recreativas, pintura y dibujo. Se observó que al inicio se comportaron poco colaboradores, pero al transcurrir la misma su participación fue mejor.

Se observó que no les gusta que se les tomen fotografías o bien si se les toma no se les tiene que ver el rostro, esto es por respeto a su persona.

Se apreció que en lo conductual, su comportamiento es como la de cualquier niño de su edad, aunque en algunos se observó aislamiento a la hora de las actividades, en otros, enojo, apatía, falta de afecto y miedo.

La depresión no es muy frecuente en ellos pero se evidencia en una forma enmascarada: A través de retraimiento, apatía, llanto fácil, aspecto triste, excesiva timidez, bajo rendimiento escolar en niños con inteligencia normal o incluso superior, poca inclinación al juego, aburrimiento, distracción, tendencia a estar solo o con pocos amigos y masturbación excesiva.

Existe la posibilidad de que síntomas tales como hiperactividad, agresividad, desobediencia, trastornos del apetito y del sueño, etc. De los cuales los presentan algunos niños tales como lo es la apatía, aspecto de tristeza y enojo, poca inclinación al juego, aburrimiento, tendencia a estar solo o con pocos amigos.

De los niños y jóvenes que viven en el Hospicio la mayoría han crecido allí, solo una joven que llegó el año pasado de 15 años la cual ya es madre y también su niño vive en el hospicio, pero no es positivo.

Finalmente, vale la pena indicar que se realizó un taller de relajación con las ACI, con la finalidad de ellas tengan un medio para liberar el stress cotidiano y puedan desempeñar mejor su trabajo con los pequeños y en su vida diaria.

Lo importante de estos niños y niñas, es que han aprendido a vivir con VIH SIDA, tienen un pensamiento mas positivo, sin alejarse de la realidad, la cual no pueden cambiar.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

- En la actualidad en el país el creciente índice del VIH SIDA, según la ONUSIDA es alta al indicar que por lo menos 73 mil guatemaltecos ya están contagiados aunque los registros oficiales solo reportan 16,895 casos.
- Se estableció que la mayoría de niños y niñas de 8 a 12 años con VIH SIDA son huérfanos a causa de que los padres son portadores de la enfermedad y por el alto costo de medicamentos recurren al abandono de los mismos. Es importante indicar que el costo de medicina por niño y niña en el Hospicio es de aproximadamente Q 1,000.00 quetzales diarios.
- Las manifestaciones psicológicas que se evidenciaron en la población fueron angustia, miedo y depresión, esta ultima en una forma enmascarada lo que dificulta su desenvolvimiento en las áreas conductual, cognitivo y social, así mismo los síntomas patológicos que se encontraron fueron el enojo, ansiedad, aislamiento, tristeza, depresión y el miedo.
- El apoyo que les brindan las instituciones a los niños y niñas con VIH SIDA, ayuda a que puedan tener una mejor calidad de vida y poder desarrollarse como cualquier otra persona, por ende los niños y niñas, han aprendido a vivir con VIH SIDA, tienen un pensamiento mas positivo, sin alejarse de la realidad, la cual no pueden cambiar.

RECOMENDACIONES:

- Que el Gobierno de Guatemala a través del Ministerio de Salud Pública implemente e invierta en proyectos contra la pandemia del VIH SIDA.
- Que las instituciones que atienden a personas con VIH SIDA elaboren programas de apoyo para padres de familias, maestros y encargados de niños y niñas con VIH SIDA, dando a conocer los pros y contras de dicha enfermedad, para evitar que los niños y niñas sean víctimas de discriminación.
- Concienciar a la población Guatemalteca en que se proteja en una relación sexual segura y evitar contraer el VIH SIDA, así como disminuir el abandono de los niños y niñas.
- Fortalecer a los niños y niñas en las manifestaciones psicológicas que presentan al enterarse que son portadores de VIH SIDA, para mejorar la calidad de vida y poder desenvolverse de forma adecuada en las áreas conductual, cognitiva y social.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Aaron T. Beck , Terapia Cognitiva de la Depresión, Decsclee de Brouwer, España, 2001.
2. Anita E. Woolfolk, Psicología Educativa, México, Pearson, 1999.
3. Anne Alonso, Hillel I. Swiller, Psicoterapia de Grupo en la Practica Clínica, Manual Moderno, México D.F., 1995.
4. Carlos Muñoz Razo, Como Elaborar y Asesorar una Investigación de Tesis, Prentice Hall, México, 1998.
5. Cirilo Alejandro Colarte, ¿Qué es lo que se ha dado en llamar la enfermedad del
6. siglo?. El SIDA y formas de prevenirlo. Amorrortu, 1991.
7. Daniels, victor G., Sida, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Traducción de Jorge Orizaba Samperio, México, El Manual Moderno S.A., 1987.
8. Enciclopedia de la Psicopedagogía pedagogía y psicología, Grupo Océano, España, 2000.
9. Fromme Allan, Psicología de la Angustia, Editorial Pax, México 1984
10. Guillermo, Calderón Narváez, Depresión, Editorial Trillas, México, 1989
11. Howard C. Warren, Diccionario de Psicología, traducción y revisión de E. Imaz A. Celatorre y L. Alamos, México, Fondo de Cultura Económica, 1987.
12. James Fadiman, Teoría de la Personalidad, México, Oxford, 1998.

13. José Vicente Bonet, Manual de Autoestima, 6ta. Edición, Editorial Sal Terrae, España, 1995.
14. Nicholas S. Dicaprio, Teorías de la Personalidad, Cleveland, Ohio, Mc Graw Hill, 1997.
15. www.enredate.org
16. www.gentepositiva.org.gt
17. www.onusida.guatemala.com
18. www.prensalibre.com/especiales/ME/diasida/03.htm.
19. www.unicef.org/spanish/aids
20. www.worldbank.org

ANEXOS

ENTREVISTA

NOMBRE:

CARGO:

1. A que se dedica la institución:
2. Cuantos niños y niñas atienden la institución:
3. De la cantidad de niños que atienden cuantos son huérfanos:
4. Que reacción tiene el niño o niña cuando se entera que es portador del VIH SIDA:
Enojo Tristeza Aislamiento
5. Con que frecuencia cambian su estado de animo:
A veces Siempre Nunca
6. Cuanto ha aumentado la población de niños y niñas con VIH Y SIDA en los últimos años
7. Cual es el principal síntoma que manifiestan los niños y niñas con VIH-SIDA
Miedo Ansiedad Depresión
8. De las manifestaciones anteriores cual es la que mas predomina
Una Dos Tres Ninguna
9. En que área les cuesta desenvolverse
Conductual Cognitivo Social
10. Como se desenvuelve el niño o niña con sus compañeros de colegio

OBSERVACION: (Lista de cotejo)

1. Agresividad
2. Enojo
3. Aislamiento
4. Socialización
5. Entusiasta
6. Extrovertido
7. Participación
8. Triste

RESUMEN

El VIH SIDA es una pandemia que está provocando graves consecuencias en todo el mundo. Nuestro país no es la excepción, por tal razón la presente investigación fue realizada con el propósito de conocer acerca de dicha enfermedad, fundamentalmente las manifestaciones psicológicas que afectan a las personas que la poseen, sobre todo en los niños y niñas huérfanos de 8 a 12 años.

Entre sus objetivos pretende identificar formas de abordaje desde el plano psicológico e institucional, para que sea útil en mejorar sustancialmente la calidad de vida de los niños y niñas huérfanos con VIH SIDA.

Para su realización, se utilizó como unidad de análisis el Hospicio San José y se utilizaron las técnicas de recolección de datos como la entrevista, observación y cuestionarios. En la referida institución se contó con la colaboración de diez personas que laboran en la misma utilizando una muestra de 17 niños y niñas entre las edades comprendidas de 8 a 12 años de un total de 65 niños y niñas.

Los resultados relevantes obtenidos de acuerdo a las variables estudiadas son: dato de la población, calidad de vida, actividades cotidianas y sus principales manifestaciones psicológicas, de las cuales se destacan el miedo, la angustia y depresión, dificultando su desenvolvimiento en las áreas conductual, cognitivo y social.